Vereinbarung über die Durchführung, Vergütung und Abrechnung des allgemeinen ambulanten Rehabilitationssports und des Rehabilitationssports in Herzgruppen

Anlage 5 (vgl. § 7 der Vereinbarung)

(1) Die Abrechnung für die Teilnahme an den Übungsveranstaltungen erfolgt grundsätzlich zwischen der jeweiligen Krankenkasse und dem Träger der Rehabilitationssport-/Herzsportgruppe. Die Träger von Rehabilitationssport-/Herzsportgruppen sind grundsätzlich verpflichtet, ihre Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Sie können sich auch der Abrechnungsstellen/-zentren bedienen, für die die Regelungen in gleichem Umfang gelten. Für die Abrechnung gelten die „Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V i. V. mit § 303 SGB V“ in der jeweils gültigen Fassung (nachfolgend Richtlinien genannt[1]).

(2) Werden die den Krankenkassen zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, wird die Krankenkasse – sofern der Grund beim Abrechner liegt – einen Verwaltungskostenabschlag von 5 v. H. des Rechnungsbetrages durch eine pauschale Rechnungskürzung in Abzug bringen.

Nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelte Abrechnungen sind nur für die Träger von Rehabilitationssportgruppen/Herzsportgruppen zulässig, die weder ihre Abrechnung mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung erstellen, noch ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt haben.

Erfolgt eine nicht maschinell verwertbare Abrechnung, hat der Leistungserbringer bei der Abrechnung die Vorgaben des § 2 Abs. 1 der Richtlinien zum Datenträgeraustausch nach § 302 SGB V zwingend zu berücksichtigen und die Papierrechnung mit den Inhalten gemäß §§ 5 und 6 der Richtlinien zu übermitteln. Abrechnungen, die nicht den Richtlinien entsprechen, werden von den Krankenkassen abgewiesen.

(3) Die Abrechnung ist ausschließlich unter dem Namen des anerkannten Trägers der Gruppe einzureichen. Bei der Abrechnung ist das für den Tag der Leistungserbringung maßgebliche IK zu verwenden. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilerstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

(4) Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist bei der Anerkennung mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK. Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekannten IK. Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwendeten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

(5) In Fällen, in denen noch nicht die bundesweit einheitlichen Anträge/Verordnungen verwendet worden sind, sind die notwendigen Angaben vom Abrechnenden ggf. zu ergänzen. Es werden nur vor Leistungsbeginn genehmigte Anträge/Verordnungen vergütet. Die zur Abrechnung eingereichten Anträge/Verordnungen müssen, in Anlehnung an die Anlage 5 zu den Richtlinien (Inhalte der Urbelege) alle nachfolgenden Angaben enthalten:

- Angaben durch den Arzt:
  - Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassen-Nr.)
  - Name der Krankenkasse
  - Versichertennummer
  - Name und Vorname des Versicherten
  - Anschrift des Versicherten
  - Geburtsdatum des Versicherten
  - Versichertenstatus
  - Gültigkeit der Versichertenkarte
  - Vertragsarztnummer
  - Vertragsarztstempel
  - Unterschrift des Vertragsarztes
  - Ausstellungsdatum der Verordnung
  - Diagnose

[1] www.datenaustausch.de

- Prüfung der vorgelegten Verordnungen vor der Leistungserbringung auf Vollständigkeit bzw. Richtigkeit.

- Weitere erforderliche Angaben auf Muster 56:
  - Genehmigung der Krankenkasse (²)

- Weitere erforderliche Angaben zur Abrechnung auf der Teilnahmebestätigung ([3, 4, 5]):
  - IK des Leistungserbringers
  - Gesamtsumme je Verordnungsblatt
  - Positionsnummern der abgegebenen Leistungen und Faktor
  - Rechnungsnummer
  - Belegnummer
  - Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers
  - Empfangsbestätigung des Versicherten

Bei unvollständig ausgefüllten Verordnungen ist vor der Leistungserbringung Rücksprache mit dem/der verordnenden Arzt/Ärztin oder der genehmigenden Krankenkasse zu nehmen. Nur vollständig ausgefüllte Verordnungen einschließlich Teilnahmebestätigung können zur Abrechnung eingereicht und vergütet werden.

Die zur Abrechnung eingereichten Vordrucke sind vom Übungsleiter und durch den Träger der Gruppe zu unterschreiben und mit dem Stempel des Trägers der Gruppe zu versehen.

Für die Abrechnung von Leistungen nach dieser Vereinbarung ist das den Trägern der Rehabilitationssportgruppen/Herzsportgruppen individuell mitgeteilte Schlüsselkennzeichen (bestehend aus Abrechnungscode und Tarifkennzeichen) zu verwenden. Folgende Angaben sind zur Abrechnung vorgesehen:

Schlüsselkennzeichen für Rehabilitationssport/Herzsport AC 61 TK 02690

Die bundeseinheitlichen Positionsnummern sind zu verwenden:

Rehabilitationssport allgemein	604503
Rehabilitationssport in Herzgruppen (Einzelleistung)	604504
Rehabilitationssport in Herzgruppen (Kinder)	604508
Rehabilitationssport im Wasser	604509
Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins für Frauen und Mädchen	604510

(6) Bei der Datenlieferung/Abrechnung ist jeder Behandlungstag einzeln anzugeben. Auch der Diagnoseschlüssel (ICD 10) ist, soweit vom Arzt angegeben, anzuliefern.

(7) Zwischenabrechnungen sind frühestens nach 6 Monaten Leistungsabgabe gerechnet ab Genehmigungsdatum der Krankenkasse möglich. Gleiches gilt auch für weitere Verordnungen.

(8) Eine erste Zwischenabrechnung erfolgt unter Vorlage des Originalantrages/der Originalverordnung oder einer Reproduktion dieser**. Weitere Abrechnungen sind nur unter Beifügung einer Kopie (erstellt von der genehmigenden Stelle oder durch den Leistungserbringer) des Originalantrages/der Originalverordnung möglich. Es ist darauf zu achten, dass immer Originalunterschriften der Versicherten auf der Teilnahmebestätigung erforderlich sind. Die Unterschriften können auch bei einer zertifizierten Software (TÜV-Zertifizierung) über ein Signaturpad erfolgen. Auf der Teilnahmebestätigung muss der Einsatz eines Signaturpads erkennbar sowie der Hersteller ausgewiesen sein.

Folgende Voraussetzungen müssen für dieses Verfahren erfüllt sein:

- die Übernahme der vorgegebenen Teilnahmebestätigung der Primärkassen in Bayern in die Software mit allen zur Abrechnung benötigten Angaben,
- Protokollierung der manuellen Systemeingriffe (Nachforderung von Unterschriften); die Meldung der manuellen Eingriffe an die Kostenträger hat mit der Abrechnung zu erfolgen.
- Herstellererklärung über die Umsetzung der vorgestellten und zugesicherten Funktionsweisen. *

Ein Vermerk „Zwischenabrechnung“ ist auf dem Antrag/der Verordnung anzubringen. Für jede Zwischenabrechnung als auch für die Endabrechnung ist eine gesonderte Rechnungsnummer zu vergeben. Die einzelnen Rechnungsnummern dürfen nicht identisch sein.

*Anpassung zum 01.07.2016
**Anpassung zum 01.12.2017

(9) Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels von vier Wochen (bargeldlos) ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen bei der Krankenkasse eingegangen sind. Die Daten, Anträge/Verordnungen müssen in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang angeliefert werden (mit längstens 2 Wochen Abstand). Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde. Die Krankenkasse behält sich vor, nicht korrekt gestellte Rechnungen unbezahlt abzuweisen. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Es gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen (§ 195 BGB).

(10) Die Zahlungen an zentrale Abrechnungsstellen haben befreiende Wirkung gegenüber den Leistungerbringern (Träger der Rehabilitationssport-/Herzsportgruppen) und erfolgen unter dem Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung. Forderungen gegen die Krankenkassen können nur mit vorheriger Zustimmung der Krankenkassen an Dritte abgetreten bzw. verkauft werden.

(11) Dem Träger der Rehabilitationssport-/Herzsportgruppe/der beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers und der Anträge/Verordnungen bei der Krankenkasse. Werden Nachberechnungen erstellt, sind der Nachberechnung Kopien der Erstrechnung und des Antrags/der Verordnung beizulegen.

(1),(2) siehe Muster 56
(3,4,5) siehe Teilnahmebestätigung